

Mit Patientinnen reden – Eine Einführung in die Thematik und Konzeption

Susanne Ditz, Mechthild Neises, Thomas Spranz-Fogasy

Zu den wesentlichen Motiven ärztlichen Handelns gehören das Interesse am Menschen, die Sorge für die Patienten und der Wunsch, zu deren Genesung beizutragen. Ein fundiertes medizinisches Fachwissen und die sichere Anwendung sowohl diagnostischer als auch therapeutischer Maßnahmen sind dafür grundlegende Voraussetzungen. Dies ist allerdings nicht ausreichend. Ärztliche Behandlung kann – sieht man von den zeitlich begrenzten Situationen im Umgang mit bewusstlosen Patienten ab – ohne die Fähigkeit des Arztes zur Gestaltung einer fruchtbaren Kommunikation nicht erfolgreich gestaltet werden. Gelungene Kommunikation ist dabei dann anzunehmen, wenn die Wahrnehmungs- und Interpretationsvorgänge bei den Gesprächspartnern ähnlich ablaufen d. h. Kommunizieren zielt darauf ab, Gemeinsamkeit zwischen ihnen herzustellen. Dazu gehört sowohl die Kompetenz, einen guten Kontakt zum Patienten herzustellen und aufrechtzuerhalten als auch die erfolgreiche Anwendung bestimmter Gesprächstechniken. Scheinbar die selbstverständlichste Sache der Welt ist, dass Arzt und Patient miteinander reden. Das Reden über Krankheit ist für beide die Grundlage für Diagnose und Behandlung. Sowohl bei Medizinstudenten als auch bei praktisch tätigen Ärzten ist nicht selten die Ansicht anzutreffen, dass Kommunikation etwas sei, das jeder Mensch sowieso beherrsche und daher nicht der besonderen Aufmerksamkeit bedürfe. Allerdings sind seit den 1970er-Jahren in den USA und in Europa eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zur ärztlichen Gesprächsführung durchgeführt worden, deren Ergebnisse die Notwendigkeit einer kommunikativen Schulung medizinischen Fachpersonals deutlich machen.

Die Patientin¹ kommt mit ihrer individuellen Krankheits- und Lebensgeschichte in einer Situation zum Arzt, in der sie Hilfe benötigt und in aller Regel durch die Krankheitszeichen verunsichert ist. Neben dem Anliegen, der Arzt möge mit seinen medizinischen Interventionen die Krankheit beheben oder in ihrer Wirkung abmildern, spielt hier das Bedürfnis eine Rolle, vom Arzt nicht als „Fall“, sondern als Individuum wahrgenommen zu werden und auch emotionale Unterstützung beim Umgang mit ihren Beschwerden und Ängsten zu finden.

¹ Die Autorinnen und Autoren dieses Buches gehen mit den Geschlechtszuschreibungen unterschiedlich um. In jedem Fall wird, da, wo konkrete Gesprächspartnerinnen bzw. -partner beteiligt sind, die zutreffende Form gewählt. Ansonsten werden die Formen frei gehandhabt und beziehen sich immer auf beide Geschlechter.

Ärzte befinden sich im Spannungsfeld zwischen somatisch orientierter medizinischer Ausbildung, den vielfältigen institutionell bedingten Restriktionen des herkömmlichen Arzt-Patienten-Diskurses wie Zeitmangel oder somatisch-technisches Krankheitsverständnis und dem patientenorientierten Ansatz der psychosozialen Medizin.

In Zeiten knapper Ressourcen wird auch die kostengünstige Gestaltung medizinischer Behandlungen, ohne die optimale Versorgung des einzelnen Patienten zu gefährden, zu einer zentralen Zielvorgabe. Die angemessene Behandlung ist dabei nicht allein aufgrund des Fachwissens der Ärzte festzulegen, sondern sollte sich ebenso an den Vorerfahrungen und Bedürfnissen der Patientin orientieren. So kann die Patientin im Gespräch mit dem Arzt wichtige und behandlungsrelevante Informationen liefern, wenn sie z. B. Auskunft über bisher erfolgreiche oder fehlgeschlagene Therapiemethoden in ihrem speziellen Fall gibt oder frühzeitig auf Bedingungen hinweist, die das Einhalten der Therapie behindern könnten.

Immer häufiger wird die Arzt-Patientin-Zusammenarbeit unter dem Blickwinkel von Dienstleistungsmodellen betrachtet. Mit diesem neuen Verständnis von Zusammenarbeit scheint sich die traditionelle, paternalistische Arztrolle überlebt zu haben. Der Arzt wird nun zum Anbieter medizinischer Leistungen, die der Patient in seiner Rolle als „Kunde“ nur annimmt, wenn er zufrieden ist mit der Zusammenarbeit. Die Möglichkeit, im ambulanten Rahmen frei einen Arzt zu wählen und zu wechseln, unterstützt dieses Modell. Damit wird die Patientenzufriedenheit, die sich nicht allein an der (bio)medizinischen Kompetenz des Arztes ausrichtet, sondern auch dessen Kommunikationskompetenz einbezieht, zu einem wichtigen Punkt. In der jetzigen Arbeitssituation der Ärzte spielen kommunikative und soziale Kompetenzen eine immer größere Rolle. Ärzte müssen in der Lage sein, Gespräche so zu führen, dass sie es trotz der Kürze der Zeit erlauben, sinnvolle Behandlungsschritte zu planen und ein stabiles Behandlungsbündnis zu etablieren. Gerade bei Frauenärzten spielen kommunikative und soziale Kompetenzen eine große Rolle, da sie häufig mit den somatischen sowie psychosozialen Aspekten der Erkrankung ihrer Patientinnen konfrontiert sind. Dies hat dazu geführt, dass im Gegensatz zu fast allen anderen Fachrichtungen eine 80-stündige Kursweiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ verpflichtender Bestandteil der Gebietsweiterbildung ist.

Im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe geht es fast ausschließlich um ein Organsystem, welches für die Identität der Patientin als Frau von entscheidender Bedeutung ist. Damit wird auch immer ein Moment des Selbstverständnisses der Frau berührt, das zu komplexen Reaktionen und Reaktionsbildungen beitragen kann. Hier ist die Wahrnehmung zu erweitern, um differentialdiagnostisch und auch therapeutisch wirksam arbeiten zu können. Fast alle gynäkologischen Therapien treffen einen wesentlichen Aspekt geschlechtlicher Identität der Frau und machen eine Einbeziehung der Erlebniswelt der Patientin in ein individuelles Behandlungskonzept erforderlich. Gynäkologische Erkrankungen sind eng mit dem eigenen Selbstwert verbunden und darüber

reden, heißt auch immer, etwas über sich selbst preiszugeben, dass nicht selten scham- oder angstbesetzt ist und gerade deshalb kann das Reden über Frauenkrankheit sowohl für die Patientin als auch für den Frauenarzt in besonderer Weise schwierig sein und als heikel erlebt werden.

Um die Schwierigkeiten beim Sprechen über Krankheiten zu bearbeiten, stellt die Sprache Mittel, kommunikative Verfahren und Handlungsmuster bereit. Dazu zählen beispielsweise aktives Zuhören, Strukturieren, Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen. Das Anliegen dieses Buch ist aufzuzeigen, welche solcher Mittel und Verfahren es gibt und wie sie im ärztlichen Gespräch eingesetzt werden können, welchen Zwecken sie im Einzelnen dienen, was sie für die Gesprächspartner in bestimmten Zusammenhängen leisten können und, ganz wesentlich, was sie zum Verstehen beitragen können im Sinne eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses.

Mit dem Ziel, den Blickwinkel über den eigenen Fachbereich hinaus zu erweitern, ist es gelungen, ein interdisziplinäres Autorenteam aus Wissenschaftlerinnen und Praktikerinnen ganz unterschiedlicher Fachbereiche zu gewinnen.

Das interdisziplinäre Autorenteam setzt sich zusammen aus Frauenärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation (Borde, David, Ditz, Leeners, Neises), Linguisten und Sprachwissenschaftlern (Brünner, Fiehler, Gülich, Jung, Koerfer, Lalouschek, Menz, Sachweh, Spranz-Fogasy), psychologischen Psychotherapeuten (Diegelmann, Isermann, Obliers, Retzlaff, Stammer), psychosomatischen Medizinern und Psychotherapeuten (Becker, Köhle, Ploeger). Die Mehrheit der Autoren arbeitet an Universitäten, einige sind freiberuflich als Kommunikationstrainer/innen oder Psychotherapeuten/innen tätig.

Jeder der hier vertretenen disziplinären Ansätze bringt seine spezifische Sichtweise und seine spezielle Methodik zur Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen ein, lässt aber zugleich das Interesse an anderen ergänzenden Perspektiven und den Wunsch nach einem vertieften Verständnis von Krankheit über die eigene Disziplin hinaus erkennen.

Die empirische Datengrundlage für die Gesprächsanalysen bilden in erster Linie Verschriftlichungen (Transkripte) authentischer Kommunikation (Auswertung von Tonbandaufnahmen) zwischen Arzt und Patientin, aber auch Mitschriften von Gesprächen wurden von einzelnen Autoren verwandt. Die Verwendung von Transkripten ermöglicht eine detaillierte Analyse von Gesprächsabläufen und Kommunikationsformen. Kommunikative Störungen werden so systematisch und konkret erfasst. Die Autoren konzentrieren sich jeweils auf bestimmte Aspekte von Krankheit, wobei Wert darauf gelegt wurde, dass die zur Veranschaulichung herangezogenen Gesprächsausschnitte² möglichst gynäkologische oder geburtshilfliche Krankheitsbilder abbilden. Allen gemeinsam

² Gesprächsausschnitte werden von den Autoren in unterschiedlicher Weise präsentiert. Ein allgemeines Verzeichnis der Transkriptionszeichen findet sich im Anhang dieses Bandes, auf Besonderheiten wird in den einzelnen Beiträgen gesondert hingewiesen.

ist, dass dem Gespräch ein zentraler Stellenwert für die Beschäftigung mit Krankheit beigemessen wird, wobei auf die Bedeutung des Inhalts und die Form von Sprechen und Sprache eingegangen wird sowie deren Auswirkungen auf die Arzt-Patientin-Beziehung.

Das Buch ist gegliedert in Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung und einen umfangreichen speziellen Teil. Es ist so konzipiert, dass anhand der allgemein-theoretischen Überlegungen zur ärztlichen Gesprächsführung und deren praktischer Umsetzung beispielhaft entwickelt wird, wie patientenzentriertes kommunikatives Verhalten und eine patientenzentrierte Einstellung in den klinischen Alltag integriert werden können.

Die grundsätzliche Bedeutung des theoretischen Ansatzes im allgemeinen Teil wird durch Darstellung seiner praktischen Anwendung im speziellen Teil betont.

Schwerpunkt des speziellen Teils sind Analysen von Arzt-Patientin-Gesprächen, wie sie in der Frauenheilkunde häufig vorkommen. Dazu gehören u. a. präventiv-medizinische Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge und der Krebsfrüherkennung (Leeners) sowie die Vermittlung der Diagnose Krebs (Ditz), das präoperative Gespräch (Jung) und das Visitengespräch (Koerfer, Obliers, Köhle). Probleme der Kommunikation werden beispielhaft identifiziert, analysiert und der Bezug zur Praxis hergestellt, wobei die Integration psychosomatischen Denkens und Handelns in die ärztliche Gesprächsführung aufgezeigt wird.

Mechthild Neises geht im Anschluss an diese Einführung auf die Zielsetzung und die Inhalte des Curriculums zur Vermittlung der „Psychosomatischen Frauenheilkunde“ im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ein. Im allgemeinen Teil werden dann in knapper Form Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung und verbalen Intervention in enger Anlehnung an das Curriculum vermittelt.

Thomas Spranz-Fogasy gibt in seinem Beitrag „Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration“ eine Einführung in allgemeine Handlungsstrukturen, typische Sprachäußerungen und kommunikative Verfahren, wie aktives Zuhören, ungeteilte Aufmerksamkeit geben, offene Fragen stellen und die Bedeutung von Rückmeldesignalen. Dargestellt wird, wie durch bestimmte Gesprächstechniken Verständigung ermöglicht wird und das Verstehen des Gesprächspartners gesichert wird.

Aus sprachwissenschaftlicher Sicht zeigt Johanna Lalouschek am Beispiel der psychosomatischen Anamnese, warum und wie sich die konzeptionellen Unterschiede der biomedizinischen Perspektive einerseits und der psychosomatischen Medizin andererseits auf den Umgang mit Krankheit auswirken. Anhand authentischer Gesprächsbeispiele werden die typischen Anforderungen und Problemstellungen sowohl für organmedizinische als auch psychosomatische Anamnesen aufgezeigt und verdeutlicht, dass schon eine gewisse Sensibilisierung für interaktive Prozesse und ihre Reflexion die ärztliche Gesprächsführung wesentlich ändern kann.

Elisabeth Gülich befasst sich mit Krankheitserzählungen, ihren Formen und Funktionen in ärztlichen Gesprächen. Anhand eines Fallbeispiels arbeitet sie gesprächsanalytisch heraus, dass Erzählen als eine Form der Beschwerdendarstellung für den ärztlichen Zuhörer die Chance bietet, ein umfassendes und differenziertes Bild von den Beschwerden zu bekommen und zugleich die Relevanzsetzungen der erzählenden Patientin zu erfahren. Der Arzt gewinnt damit zugleich einen Eindruck vom Selbstbild der Patientin, ihrem Umgang mit der Krankheit und ihrer Art der Krankheitsverarbeitung, die sich aus den erzählten Interaktionen ergibt und nicht nur aus Selbstkategorisierungen und Selbstcharakterisierungen.

Die Erkenntnisse zur biografischen Anamnese werden von Reinhard Fiehler in seinem Beitrag zum „Erleben und Emotionalität im Arzt-Patient-Gespräch“ anhand von Gesprächssequenzen im Sinne einer linguistischen Analyse vertiefend herausgearbeitet. Emotionen werden hierbei nicht als innerpsychische Erscheinungen behandelt, sondern in der Weise, wie sie im Gespräch zum Ausdruck kommen, untersucht, d. h., wie sie verbalisiert und somit kommunikativ relevant werden.

In ihrem Beitrag „Verbale und non-verbale Kommunikation“ befasst sich Mechthild Neises mit dem Verhältnis des Verbalisierten und des Nichtverbalisierten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, wie wir miteinander umgehen, wie wir etwas mitteilen, wahrnehmen, entschlüsseln und darauf reagieren.

Gisela Brünner führt in ihrem Beitrag zur Experten-Laien-Kommunikation das Entstehen von Sprachbarrieren zwischen Ärzten und Patienten auf den Gebrauch der medizinischen Fachsprache und des Fachjargons zurück, der die Patienten vom gemeinsamen Wissen über die Krankheit und damit aus einer gleichberechtigten Interaktion ausschließt. Sie verfolgt einen linguistisch-diskursanalytischen Ansatz und arbeitet die verständliche Vermittlung komplizierter Sachverhalte, die Herstellung von Alltagsbezug sowie von Adressatenbezug anhand von Metaphern heraus. Als weitere Formen der Veranschaulichung diskutiert sie Vergleiche, Beispiele, Konkretisierungen, Beispielerzählungen und Szenarios.

Armin Koerfer, Rainer Obliers und Karl Köhle setzen sich in ihrem Beitrag „Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient“ mit der aktuellen Forderung nach einer stärkeren Beteiligung des Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung auseinander.

Im speziellen Teil untersucht zunächst Mechthild Neises Unterschiede im Sprach- und Kommunikationsverhalten zwischen Männern und Frauen und geht, nachdem sie zunächst typische Unterschiede im männlich/weiblichen Kommunikationsstil dargestellt hat, der Frage nach, inwieweit das unterschiedliche kommunikative Verhalten von Ärzten und Ärztinnen Einfluss nimmt auf den Behandlungsverlauf und die Arzt-Patienten-Beziehung.

Florian Menz und Johanna Lalouschek befassen sich aus linguistischer Sicht mit der Metaphorik des Schmerzes und den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Be-

schreibung. Sie zeigen auf, dass es bei der Beschreibung bedeutsame Unterschiede gibt zwischen Männern und Frauen. Diese Unterschiede können dazu beitragen, dass koronare Ursachen bei weiblichen Patienten häufiger übersehen werden als bei männlichen, diese in der Folge weniger effizient behandelt werden und ihre Mortalitätsrate erhöht ist.

Thea Borde und Matthias David gehen in dem Beitrag „Migrantinnen verstehen und erreichen – nicht nur eine Frage der sprachlichen Verständigung“ auf verschiedene Aspekte, die die interkulturelle Kommunikation beeinflussen, ein. Sprachprobleme, unterschiedliche Erwartungshaltungen und soziokulturelle Differenz können die Kommunikation und Interaktion zwischen Ärztinnen und Patientinnen ausländischer Herkunft erheblich beeinträchtigen und den Zugang zu psychosozialen Aspekten der Anamnese und Behandlung versperren.

Spezifische Aspekte der präventiv-medizinischen Beratung werden von Brigitte Leeners am Beispiel der Schwangerenvorsorge und der Krebsfrüherkennung dargestellt.

Margarete Isermann und Christa Diegelmann beschäftigen sich aus verhaltenstherapeutischer Sicht mit traumaspezifischer Gesprächsführung und den Konsequenzen traumaspezifischer Informationsverarbeitung für die ärztliche Gesprächsführung. Sie weisen daraufhin, dass posttraumatische Stress-Symptome das kommunikative Verhalten beeinflussen und, wenn sie nicht erkannt werden, zu erheblichen Störungen im Krankheitsverlauf führen können. Zur Verdeutlichung werden Gesprächsauschnitte mit Krebspatientinnen und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen herangezogen.

Susanne Ditz untersucht spezielle kommunikative Aspekte bei der Übermittlung der Diagnose Brustkrebs anhand authentischer Gesprächsauschnitte von Gesprächen mit Brustkrebspatientinnen, die an einer Universitätsfrauenklinik aufgezeichnet wurden. In ihrem Beitrag wird das Gespräch zur Diagnosevermittlung als Typus definiert und, nachdem die Ziele bzw. Vorgaben, die den Gesprächstyp charakterisieren, aufgezeigt wurden, werden mithilfe eines Handlungsschemas seine zentralen Aufgaben dargestellt.

Sybille Jung befasst sich mit dem präoperativen Aufklärungsgespräch als obligatorischem Bestandteil der Operationsvorbereitung. Materialgrundlage ist eine Untersuchung zum präoperativen Aufklärungsgespräch an einer städtischen gynäkologischen Klinik, wobei 11 Gespräche analysiert wurden. Auch Sie betrachtet das präoperative Gespräch als speziellen Gesprächstypus und formuliert zusammenfassend Postulate für ein patientenorientiertes Aufklärungsgespräch.

In ihrem Beitrag „Das Visitentgespräch – Chancen einer dialogischen Medizin“ plädieren Armin Koerfer, Rainer Obliers und Karl Köhle für eine patientenzentrierte Gesprächsführung, die sich wesentlich an kommunikativen Alltagsformen der Verständigung zwischen Arzt und Patient orientiert. Das Gespräch mit den Patienten erstreckt sich auf die Vergewisserung der Gründe, Motive und Erwartungen bei der Einweisung und stationären Aufnahme über die ausführliche Anamneseerhebung und das gründliche Aufklärungsgespräch sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung, von therapeutischen Maßnahmen bis hin zur Weiterbehandlung nach der Entlassung.

Auf die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien und die Tendenz zur sekundären Symbolisierung bei Patientinnen mit Mammakarzinom geht der Psychoanalytiker Hans Becker ein. Materialgrundlage sind wörtliche Gesprächsauszüge aus psychoanalytisch orientierten Interviews.

Andres Ploeger beschreibt verschiedene Formen ärztlicher Interaktion in den Institutionen „Klinik“ und „Praxis“, in der Gruppe des behandelnden Teams, in Gruppen von Patientinnen und bei Gruppenaktivitäten in der Weiterbildung.

Die klinischen Psychologen Heike Stammer und Rüdiger Retzlaff geben in ihrem Beitrag Einblick in die familienmedizinische Gesprächsführung. Anhand eines Fallbeispiels zeigen sie auf, dass in der Psychoonkologie die Partner als die wichtigste Quelle emotionaler und praktischer Unterstützung angesehen werden können und empfohlen aus Sicht der systemischen Familienmedizin Partner und Familienangehörige in die Behandlung einzubeziehen.

Svenja Sachweh befasst sich mit kommunikativen Aspekten von Gesprächen mit alten Patientinnen, wobei sie zunächst das Gesprächsverhalten älterer Patientinnen und ihrer Ärzte beschreibt. Der Beitrag schließt mit „Do's and Don'ts“ zur angemessenen und effektiven Kommunikation mit älteren Patientinnen.

Das hier präsentierte Themenspektrum deckt bei weitem nicht alles ab, was die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patientin in der Frauenheilkunde ausmacht. So fehlt insbesondere ein Beitrag zur Sexualität. Dieses Versäumnis wie andere sind vor allem den Vorgaben zum Umfang dieses Buches geschuldet. Dies bietet aber durchaus auch den Anreiz zu einer Fortsetzung.

Das Buch ist einerseits als Beitrag zur Grundlagenforschung zur Arzt-Patientin-Kommunikation anzusehen, andererseits als praktisches Lehrbuch für patientenzentriertes kommunikatives Verhalten konzipiert. Um die Lektüre dieses Buches zur Verbesserung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten noch effizienter zu machen, möchten wir anregen, sich selbst einmal aufzunehmen und sich themenorientiert mit dem eigenen Gesprächsverhalten zu beschäftigen. Allein sich einmal zu hören, hat sich erfahrungsgemäß als sehr instruktiv erwiesen. Das eigene kommunikative Handeln kann so sehr detailliert wahrgenommen werden. Durch die Arbeit an Beispielen aus der eigenen Gesprächspraxis kann eine hohe Kreativität und Effizienz beruflichen Kommunikationshandelns erreicht werden. Und mit der Lektüre der hier versammelten Beiträge kann dann themenbezogen das eigene Kommunikationshandeln vertieft verbessert werden.

Das Buch richtet sich an eine Leserschaft, deren Interessen und Sichtweisen ebenso interdisziplinär sind wie die Beiträge dieses Buches. Wunsch und Hoffnung ist, dass die vielfältigen Anregungen und Informationen langfristig aufgegriffen werden und dazu beitragen, das Verstehen von Krankheit, das Verständnis für kranke Frauen und die Verständigung mit ihnen im Sinn der psychosomatischen Medizin zu fördern.